Ein Fall

von

Parotitis nach Ovariotomie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr. Johann von Säxinger

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Universitäts-Frauenklinik

der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Eugen Friederich

approb. Arzt aus Eningen u. Achalm (Württemberg).

Tübingen 1897.

Verlag von Franz Pietzcker.

Ein Fall

von

Parotitis nach Ovariotomie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr. Johann von Säxinger

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Universitäts-Frauenklinik

der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Eugen Friederich

approb. Arzt aus Eningen u. Achalm (Württemberg).

Tübingen 1897.

Verlag von Franz Pietzcker.

BUCHDRUCKEREI G. SCHNÜRLEN IN TÜBINGEN.

Seinen lieben Eltern

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552309_0104

Komplikationen der allerverschiedensten Art können die Rekonvalescenz nach Ovariotomieen in üblem Sinne beeinflussen; wenn wir von vornherein von den Komplikationen absehen, welche die Operation als solche nicht vollständig befriedigend ausfallen lassen, so wäre hiebei in erster Linie an pyämische und septische Affektionen im Anschluss an das artifizielle Trauma zu erinnern, ferner an entzündliche Prozesse infolge von Eiterung der Stichkanäle, an consecutive intraperitoneale Abscessbildungen, an diffuse Peritonitiden, an uterine Blutungen nicht menstruellen Charakters, an Darm- und Blasenkatarrhe, an Ileus, an Darm- und Blasenfisteln, an Recidive, an Embolieen u. a. Eine der seltensten und interessantesten Erkrankungen jedoch, welche im Anschluss an eine Ovariotomie bislang beobachtet wurde, ist jedenfalls die Parotitis, die teils ein- teils doppelseitig aufzutreten pflegt.

Bevor wir auf die Aetiologie dieser interessanten Komplikation näher eingehen, möge es mir gestattet sein, einen Fall, den ich der Güte des Direktors der Tübinger Universitäts-Frauenklinik, des Herrn Prof. Dr. v. Säxinger verdanke, zu beschreiben.

Am 28. Mai 1894 wurde die ledige Patientin K. N. aus Marbach, Ob Münsingen, in die hiesige gynäkologische Klinik aufgenommen. Die Patientin, die im zwanzigsten Lebensjahre steht, hat bisher weder geboren noch abortiert. In ihrem 16. und 17. Lebensjahre hatte die Kranke die Bleichsucht zu überstehen; in ihrem 15. Jahre menstruierte sie zum erstenmale, doch cessierten die menses im 17. Lebensjahre auf ein halbes Jahr; von da ab erfolgte die Periode regelmässig in vierwöchentlichen Zwischenräumen und dauerte jedesmal bei mässigem Blutverlust und un-

bedeutenden Schmerzen 6 bis 7 Tage lang. Seit ungefähr zwei Jahren bemerkt die Patientin, dass ihr Unterleib grösser wird und sich fester anfühlt, auch hat die Kranke seit jener Zeit über Schmerzen zu klagen, die besonders vor Eintritt der Periode heftiger werden, der Schmerzhaftigkeit wegen kann sich die Patientin nicht auf die linke Seite legen.

Die Patientin hat eine mittlere Körpergrösse und sieht gesund und kräftig aus. Das Abdomen ist ungefähr dem siebten Schwangerschaftsmonat entsprechend aufgetrieben und man vermag einen kugeligen Tumor deutlich abzutasten, dessen oberer Rand vier Querfinger oberhalb des Nabels steht. Die Bauchdecken sind dick und fettreich, dieselben fühlen sich straff an; an einzelnen Stellen der Bauchwand sind striae zu bemerken. Der Tumor ist derb und rund, fühlt sich prall an und lässt sich ohne Schmerzen weit nach aufwärts verschieben. Ueber den abhängigen Partieen ist tympanitischer Schall vorhanden. Der Puls ist regelmässig und kräftig, die Herztöne vollständig rein. Der Abgang von Urin und Kot ist nicht schmerzhaft, die Harnblase nicht dislociert. Wendet man die kombinierte Untersuchungsmethode an, so findet man einen engen introitus vaginae; der Hymen ist mehrfach eingerissen. Die Portio vaginalis uteri ist konisch und nach links gewendet, der Uterus selbst klein, anteflektiert und hat eine schräge Lage, so dass der Fundus ziemlich weit nach rechts von der Medianebene zu liegen kommt. Der Uterus kann ganz für sich bimanuell abgetastet werden. Versucht man, den Tumor nach aufwärts zu verschieben, so spannt sich auf der linken Seite ein Stiel an, der zur linken Uterusflanke hinzieht, und lebhafte Schmerzen verursacht. Hoch oben hinter der Symphyse ist ein pralles Cystensegment durchzufühlen. Rechts hinter dem Uterus liegt ein weicher mit der rechten Uterusflanke in Verbindung stehender Tumor, der ungefähr die Grösse eines Hühnereies aufweist — offenbar das rechte Ovarium. Der Perimeter des Abdomens, gemessen über der Stelle der grössten Ausdehnung, beträgt 89 Centimeter; die Entfernung von der Symphyse bis zum Nabel beträgt 15 Centimeter, bis zum oberen Rand vom Tumor 24 Centimeter, bis zum processus xiphoideus 37 Centimeter.

Die Diagnose wurde links auf eine Dermoidcyste, rechts auf einen apfelgrossen Ovarialtumor gestellt.

Am 22. Juni 1894 wurde die Operation in folgender Weise ausgeführt: Die fettreichen Bauchdecken wurden durch einen vom Nabel bis zur Symhpyse reichenden Schnitt eröffnet, man stiess hierauf auf eine sehr prall gespannte Cyste, aus welcher sich, nachdem sie mit dem Troicart punktiert worden, eine schwarze, kolloide Flüssigkeit, entleerte. Nach der Punktion liess sich der collabierte Sack bequem herausziehen und der Stiel zugänglich machen; der letztere wurde in zwei Partieen unterbunden und die Cyste knapp am unteren Rande abgeschnitten. Nachdem die Cyste abgetragen, riss der Stiel links ein und die Fäden rutschten teilweise ab, so dass eine ziemliche Blutung entstand, an welcher sich besonders eine grössere spritzende Arterie beteiligte. Dieselbe wurde gefasst und der Stiel provisorisch in seiner ganzen Breite mit einer Klemmzange fixiert, um die Blutung sofort zum Stehen zu bringen. Als nunmehr der Stiel entfaltet wurde, zeigte es sich, dass derselbe eine viel grössere Breite besass, als man bei der ersten Unterbindung vermutete; desswegen wurde der Stiel nunmehr in vier Partieen unterbunden und die linke Einrissstelle für sich vernäht. Das rechte Ovarium stellte einen ungefähr gänseeigrossen Tumor dar, der sammt der Tube nach Unterbindung des Stiels in drei Partieen abgetragen wurde; hiebei platzte der Tumor und es entleerte sich aus demselben ein ungefähr nussgrosses Stück coagulierten Blutes. Nunmehr wurde die Wunde durch 18 tiefe und oberflächliche Nähte verschlossen. Während der Operation, die ungefähr 1 1/4 Stunde Zeit in Anspruch nahm, und bei welcher ungefähr 100 Gramm Chloroform verbraucht worden waren, wurden zahlreiche Darmschlingen sichtbar. Nach der Anlegung eines Jodoformgaze-Holzwollewatteverbandes wurde die Patientin in ihr Bett gebracht. Nachmittags gegen 2 Uhr wurde der Puls sehr schwach, so dass er manchmal gar nicht zu fühlen war; die Gesichtsfarbe wurde sehr blass. Es wurden deswegen die Beine hochgelagert, die Herzgegend percutiert, und nach mehreren Aether- und Kampherinjektionen noch ein Cognac-Klystier verabreicht. So gelang

23. Juli 1894. Heute wird die Patientin geheilt und gesund entlassen.

Es muss noch epikritisch bemerkt werden, dass in den Tagen des hohen Fiebers am Abdomen und in der Stielgegend nichts Abnormes nachzuweisen war; beide waren auf Druck durchaus unempfindlich und spontane Schmerzhaftigkeit ist nie eingetreten. Die Bauchwunde war per primam intentionem sehr schön verheilt.

Wen wir über die Aetiologie dieser consecutiven Parotitis, über welche die verschiedenen Autoren ihre Ansicht zur Zeit noch nicht geeinigt haben, uns etwas näher verbreiten, so haben wir die letztere von der idiopathischen infectiösen Parotitis — dem so häufig, namentlich bei in jugendlichem Alter stehenden Personen, beobachteten Mumps scharf zu trennen. Allgemein wird die letztere Affektion der Kategorie derjenigen Infektionskrankheiten eingereiht, bei welchen einmaliges Ueberstehen eine gewisse Immunität gegen spätere Ansteckung sichert.[1]) Gerade der vorhin beschriebene Fall bietet für die Ansicht, dass diese beiden in Rede stehenden Arten von Parotitis etwas von einander total Verschiedenes seien, eine grosse Stütze. Denn es ist dies meines Wissens der einzige bekannte Fall, in dem Parotitis im Anschluss an eine Ovariotomie beobachtet worden war, nachdem die betreffende Patientin früher schon eine ähnliche Affektion — offenbar die Parotitis epidemica — überstanden hatte. Betreffs der Aetiologie der gerade nach Ovariotomie beobachteten Parotitis mag daran erinnert werden, dass manche Autoren[2]) einen gewissen connexus zwischen Geschlechtsdrüsen und Parotis anzunehmen geneigt sind, wofür wohl auch die Beobachtung verwertet werden kann, dass man schon öfter Orchitis nach Schwellung der Ohrspeicheldrüse und umgekehrt, und beim weiblichen Geschlecht Schwellung der Ovarien, sowie der äusseren Schamteile mit Katarrh der Scheiden-

schleimhäute gesehen hat.[1]) Bumm[2]) spricht sich hierüber in seinem eben erwähnten Vortrage[2]) folgendermassen aus: „Wenn sich beim Mumps unter so und so vielen Fällen einmal eine Orchitis oder Oophoritis entwickelte, zuweilen sogar die Entzündung der Geschlechtsdrüse jener der Speicheldrüse vorausging, wenn gleichzeitig mit Menstruationsstörungen, oder, nach Quetschung des Hodens Parotisschwellungen auftreten, so konnte man auch annehmen, dass unter Umständen einmal bei Ovariotomie mechanische Reizungen des Eierstocks einen entzündungserregenden Effekt an der Speicheldrüse ausüben." Und weiter unten in derselben Arbeit: „Ich stelle mir vor, dass zwischen den Geschlechtsdrüsen (und wahrscheinlich auch zwischen den andern, inneren Genitalien) des Weibes und der Ohrspeicheldrüse Nervenbahnen bestehen, welche eine gegenseitige Übertragung von Reizen gestatten. So kann durch Reize, die das Ovarium treffen, eine vasomotorische Störung in der Parotis hervorgerufen werden, welche bis zu den Erscheinungen der einfachen Entzündung fortschreitet. Kommt weiter nichts dazu, dann haben wir jene Form der Parotitis, welche sich nach kurzem Bestehen spontan zurückbildet. Dadurch, dass die einfache Entzündung aber zugleich die Speichelabsonderung beeinflusst, teilweise oder gänzlich aufhebt, wird die Einwanderung zufällig in der Mundhöhle vorhandener pyogener Bakterien begünstigt. Diese erst sind es, welche den Ausgang der Entzündung in Vereiterung herbeiführen. Eine ähnliche Ansicht vertritt Eisenhardt[3]), nach diesem Autor kommt eine Bakterieninvasion von der Mundhöhle aus zu Stande, welche durch den abnormen Zustand der Ohrspeicheldrüse begünstigt wird. Dieser letztere wäre als eine vasomotorische Störung aufzufassen, welche reflektorisch von den Sexualorganen aus hervorgerufen würde, und in einer Verminderung bis Aufhebung der Speichelsekretion bestünde.

In ähnlicher Weise spricht sich Schauta[4]) aus, der ebenfalls eine Invasion der Mundhöhlenbakterien in

die Parotis, hervorgerufen durch eine Veränderung der Speichelsekretion, infolge der Operation befürwortet. Auch Mörike [5]), der zuerst diesbezügliche Mitteilungen veröffentlichte, nimmt eine auf sympathischem Wege nach Ovariotomieen entstandenen Parotitis an.

Auch Everke[6]) scheint sich dieser Auffassung anzuschliessen. In dem Falle, den er beschreibt[6]), schliesst er sowohl Metastasen in der Ohrspeicheldrüse, als auch eine epidemische Parotitis aus, und nimmt an, dass die Entstehung der Parotitis nach Ovariotomie in sympatischen Beziehungen zwischen Ovarium und Parotis zu suchen sei. Eingangs seiner Arbeit jedoch meint derselbe Autor, dass die Ursache dieser Komplikation noch dunkel sei und stellt die Bumm'sche Erklärung neben die, gleich ausführlicher zu behandelnde von v. Preuschen[7]), ohne sich für die eine oder andere zu entscheiden. Der letztgenannte Forscher stellt zwar einen gewissen Connex zwischen den Genital- und Speicheldrüsen nicht in Abrede, glaubt jedoch, dass dieser Connex für die Ätiologie der Parotitis nach Ovariotomie nicht verwertet werden kann. Bei Mumps nimmt er an, dass der Infektionsstoff entweder auf den Blutwegen oder durch die Mundhöhle in die Drüse eindringt, hält jedoch bei fehlender Allgemeininfektion (Parotitis epidemica oder anderen Infektionskrankheiten) den ersteren Weg für durchaus unwahrscheinlich. Er sagt weiter: „Nehmen wir aber eine Einwanderung durch die Ausführungsgänge der Drüse an, so fragt sich weiter, weshalb gerade nach Ovariotomie diese Einwanderung so häufig beobachtet wurde. Es müssen offenbar durch die Operation Verhältnisse geschaffen sein, die entweder direkt die Einwanderung begünstigen, oder der Einfluss der Operation erstreckt sich auf die Beseitigung von Hindernissen, die bis dahin der Einwanderung entgegenstanden. Ein derartiges Hindernis bietet offenbar der Abfluss des Speichels. Eine Einwanderung der Spaltpilze durch den Gang ist doch nur

unter der Voraussetzung denkbar, dass die Sekretion des Speichels und der Speichelabfluss für die Dauer der Einwanderung unterbrochen wäre, sonst müsste ein Zurückschwemmen in die Mundhöhle stattfinden, oder doch zum Mindesten die Einwanderung sehr erschwert werden. Können wir aber eine Sistierung des Speichelabflusses nach Ovariotomie annehmen? Diese Frage muss auf Grund einwandfreier Tierexperimente entschieden bejaht werden. Nach Paulow bewirkt nämlich die Eröffnung der Leibeshöhle und das Hervorziehen einer Darmschlinge in der Mehrzahl der Fälle eine Verminderung oder Sistierung der Speichelabsonderung und vollständige Hemmung der Lingualiswirkung auf den Speichel. Die Aufhebung der Absonderung und die Hemmung der Lingualiswirkung wird entweder durch den Schluss der Bauchhöhle aufgehoben, oder sie dauert mit derselben Intensität fort.

Zweifellos werden durch die Ovariotomie dem Tierexperimente analoge Verhältnisse geschaffen.

Ganz dieselbe, auf das Paulow'sche Tierexperiment sich stützende Ansicht vertritt Schroeder[13]), indem er noch hinzufügt, dass in erster Linie die Verhältnisse der Mundhöhle zu beachten seien. Dadurch, dass nach der Operation weder feste noch flüssige Nahrungsmittel gereicht würden, befände sich die Mundhöhlenflüssigkeit in einem nur durch zeitweiliges Erbrechen gestörten Ruhestand, der noch durch die Sistierung der Speichelabsonderung vermehrt würde; hiedurch aber werde ein besonders günstiger Umstand für die Entwicklung der Entzündungserreger geschaffen. Auch das Ergriffensein sämtlicher Speicheldrüsen, das ab und zu beobachtet wird, glaubt der genannte Autor auf diese Weise ungezwungen erklären zu können. Vollständig unentschieden lässt Göddes[5]) die Ätiologie der Parotitis im Anschluss an Ovariotomie.

Eine von den beiden bisher beschriebenen Hauptansichten verschiedene Erklärung giebt Berth[9]): er glaubt, die zeit-

weilige Unterbrechung oder Verminderung der Speichelsekretion rühre von einem lähmenden Einfluss der Narcotica auf die Speichelnerven her, so dass die Trockenheit des Mundes auf einer Hemmung der Speichelabsonderung beruhe, wie dieselbe nach jeder Chloroformnarkose, kombiniert mit Durstgefühl, beobachtet werden könne. Dazu käme das apathische Verhalten, in welchem der geringen Speichelabsonderung wegen Schluckbewegungen nicht ausgelöst würden, so dass die nur in geringem Masse vorhandene Mundflüssigkeit günstige Verhältnisse für die Entwicklung der im Munde ja stets anwesenden Mikroorganismen darböte.

Als eine reine Metastase stellt Ahlfeld [11]) und Fehling [10]) die in Rede stehende Komplikation hin: „Die nach Ovariotomie einigemale gesehene Parotitis möchte ich nicht als die direkte Resorption des Mundinhaltes nach Sinken des Inhaltsdruckes der Drüse erklären, sondern als metastatisches Symptom". Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, dass nur Keith die Parotitis nach Ovariotomie als eine Zufälligkeit erklärt, alle übrigen Autoren schliessen sich, so weit mir bekannt, einer der im Vorstehenden behandelten Erklärungen an.

Wenn wir uns nunmehr die Frage vorlegen, welche von den eben erwähnten Ansichten bei dem Eingangs dieser Arbeit beschriebenen Fall zutrifft, so scheint es mir am plausibelsten, der von Bumm [2]) vertretenen Erklärung mich anzuschliessen: Einmal besteht unzweifelhaft ein gewisser Zusammenhang zwischen Generations- und Speicheldrüsen, wie es ja durch so viele Beobachtungen teils bei Mumps, teils bei andern Erkrankungen der in Rede stehenden Drüsen erwiesen ist, und zum Andern lassen sich so nach Bumm die nicht eiterigen Parotitiden am ungezwungendsten erklären. Die Preuschen'sche [7]), sich auf die Paulow'schen Tierexperimente stützende Ansicht möchte ich allerdings nicht ganz von der Hand weisen, obgleich ich hinzufügen muss, dass der Umstand, dass die Parotitis das eine Mal als einfache Entzündung auftritt, das andere Mal

abscediert, so nicht vollständig erklärt werden kann, da ja doch weitaus in den meisten Fällen gleiche, unter gleichen biologischen Verhältnissen sich befindliche Mikroorganismen oder Arten von Mikroorganismen durch den ductus Stenonianus in die Parotis einwandern. Hier eben scheint mir die Bumm'sche [2]) Ansicht am ungezwungendsten zu sein, der die einfache Entzündung der Parotis als eine vasomotorische Reflexerscheinung für das Primäre hält, und erst durch sekundäre Beeinflussung der Speichelsekretion die zufällig in der Mundhöhle sich befindlichen pyogenen Bakterien in die Drüse einwandern lässt. Der Fehling'schen [10]) und Ahlfeld'schen [11]) Ansicht von einer metastatischen Parotitis, wie sie wohl nach schweren Allgemeininfektionen, wie Scarlatina, Typhus u. s. w. beobachtet wird, kann ich nicht beipflichten, da ja in der weitaus grössten Anzahl der bis jetzt bekannten Fälle eine Allgemeininfektion durchaus nicht vorlag und die Operationswunden glatt heilten. Ebensowenig vermag ich mich der Berth'schen Hypothese bezüglich der lähmenden Wirkung der Narcotica auf die Speichelnerven anzuschliessen, da ja, wenn diese Ansicht richtig wäre, sowohl in chirurgischen, als auch in gynäkologischen Kliniken bei der enormen Zahl von Operationen und Narkosen Parotitis täglich beobachtet werden müsste.

Was den Verlauf und den Ausgang der die Ovariotomie komplizierenden Parotis anbetrifft, so folgen wir hier im Wesentlichen den Ausführungen Bumm's, welcher aus der Litteratur 17 Fälle zusammengestellt und dieselben einer kritischen Besprechung unterzogen hat. Meist am 6. oder 7. Tage (nach Olshausen [12]) am 5.—7. Tage, in unserem Falle am 5. Tage nach der Operation), zuweilen schon am 3., manchmal auch erst am 11., oder 12. Tage nach der Operation beginnt sich in der Gegend der Ohrspeicheldrüse eine Anschwellung bemerkbar zu machen, welche sich nach unten und hinter der Ohrmuschel ausbreitet und dem Gesichte jenen komischen, vom Mumps her allgemein

bekannten Ausdruck verleiht. Entsprechend der weiteren Ausdehnung der Anschwellung, wachsen dann auch die subjektiven Beschwerden, so dass infolge der schmerzhaften Spannung das Öffnen des Mundes behindert wird, und höchstens noch wenig flüssige Nahrung gereicht werden kann. Der Ausgang in Abscedierung soll nach Bumm[2]) häufiger sein, als derjenige in Resorption: unter 13 Fällen soll die letztere nur 4mal eingetreten sein. Mit der Eiterung steigt auch das Fieber und hält sich bis zum Durchbruch oder der Incision ungefähr 2 Grade über der Norm, und zwar ist diese Temperatursteigerung stets durch die komplizierende Parotitis bedingt, da die Bauchwunde in den von Bumm angeführten Fällen stets per primam intentionem verheilte und die geringen Temperatursteigerungen, welche lokal, z. B. durch Stichkanaleiterungen, bedingt waren, vor dem Auftreten der Parotitis zurückgegangen waren. Falls keine Abscedierung eintritt, pflegt nach weiteren 5—6 Tagen die Anschwellung abzunehmen, und ist nach ungefähr einer Woche, von da ab gerechnet, vollständige restitutio ad integrum eingetreten. Anders liegt die Sache, wenn die Vereiterung der Drüse progrediert. Bumm[2]) berichtet so von zwei Fällen, in denen der exitus letalis durch den von der Parotis ausgehenden und sich in die Tiefe verbreitenden phlegmonösen Prozess bedingt war; bei zwei weiteren Beobachtungen fällt der tötliche Ausgang der komplizierenden Parotitis wenigstens teilweise nach dem genannten Autor zur Last. Bumm berechnet die Mortalität auf 23 %; eigene Erfahrungen hierüber können nicht zur Verfügung gestellt werden, da der im Anfang dieser Arbeit beschriebene Fall die einzige Beobachtung einer die Rekonvalescenz nach Ovariotomie komplizierenden Parotitis der hiesigen Universitätsfrauenklinik ist.

Ein Zusammenhang zwischen der Schwere des operativen Eingriffs am Ovarium und dem Auftreten der Parotitis kann nicht konstatiert werden, da in einigen Fällen von kompli-

zierender Parotitis die Operation als leicht und einfach geschildert wurde. Vielleicht ist das öftere Vorhandensein von Adhäsionen, welche nach Bumm[2]) zu längeren Manipulationen am Darm und heftigeren Reizungen des Peritoneum führten, von einer gewissen ätiologischen Bedeutung. Auch ist keine Gesetzmässigkeit nachzuweisen bezüglich der operierten Seite und dem Auftreten der Parotitis auf derselben Seite, oder auf der entgegengesetzten, oder auf beiden. Bumm[2]) berichtet hierüber, dass unter 6 Fällen die Parotitis eine gekreuzte gewesen sei, in 4 anderen Fällen trat die Parotisschwellung doppelseitig auf, obwohl nur ein Ovarium exstirpiert worden war, während sich umgekehrt zweimal nach doppelseitiger Ovariotomie nur eine einseitige Parotitis einstellte. Doch existiert auch eine Beobachtung, wo, wie im gegebenen Fall, nach Entfernung beider Ovarien doppelseitige Erkrankung der Ohrspeicheldrüsen auftrat. Rechnet man noch hinzu, dass auch die übrigen Speicheldrüsen[2]) sich an der Entzündung beteiligen können, so müssen wir gestehen, dass es zur Zeit ausserhalb der ärztlichen Kalkulation liegt, zu bestimmen, warum gerade an dieser oder an beiden Parotiden die Erkrankung auftrat.

Was die Prognose der komplizierenden Parotitis anbetrifft, so ist dieselbe jedenfalls eine sehr ernste zu nennen, da ja, wie Mörike[5]) und Bumm[2]) hervorheben, der exitus letalis direkt auf das Konto dieser Komplikation in einigen Fällen zu setzen ist. Selbst wenn die Erkrankung ganz gutartig, wie in unserem Falle auftritt, so ist die mit Schmerzen und Fieber verbundene Anschwellung und die durch letztere behinderte Nahrungsaufnahme eine sehr unangenehme Zugabe in der Rekonvalescenz nach einer Laparotomie. In diesem Sinne sprechen sich die meisten Autoren, wie Schroeder[13]) Goedde[8]) u. A. aus.

In therapeutischer Hinsicht stehen sich zwei Ansichten gegenüber; auf der einen Seite wünscht man eine möglichst

balde Incision: Schroeder[13]) und v. Preuschen[7]), und will dadurch überraschende Erfolge gesehen haben. Andererseits wird ein mehr exspectatives Verfahren empfohlen und erst dann die Eröffnung auf blutigem Wege befürwortet, wenn deutlich Eiterung und Fluctuation nachzuweisen ist. In diesem Sinne sprechen sich Berth[9]), Eisenhart[3]), Gödde[8]) u. A. aus. Jedenfalls dürfte das letztere Verfahren empfehlenswerter sein, da ja manchmal, wie auch in unserem Fall, eine Spontanresorption erfolgt, die durch Applikation von feuchter Wärme unterstützt werden kann. So bleibt den Patienten ein blutiger Eingriff erspart, vor dem man aber selbstverständlich bei eingetretener Eiterbildung durchaus nicht zurückscheuen soll. In prophylactischer Beziehung wird allgemein eine peinliche Reinhaltung der Mundhöhle und eine häufige Ausspülung des Mundes mit schwach desinfizierenden Lösungen empfohlen.

Litteratur.

Die angeführten Zahlen entsprechen den im Text beigesetzten.

1) von Jürgensen, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie. 2. Auflage. Leipzig 1889.

2) Bumm, Parotitis nach Ovariotomie. Münchener medicinische Wochenschrift 1887, Nro. 10.

3) Eisenhart, Die Wechselbeziehungen zwischen internen und gynäkologischen Erkrankungen. Stuttgart 1895.

4) Schauta, Lehrbuch der gesammten Gynäkologie. Leipzig und Wien 1896.

5) Mörike, Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe. Band V. 1880.

6) Everke, Über Parotitis und Psychose nach Ovariotomie. Deutsche medizinische Wochenschrift 1895. Nro. 20.

7) von Preuschen, Über Entzündung der Ohrspeicheldrüse nach Ovariotomie. Deutsche medizinische Wochenschrift 1885. Nro. 51.

8) Gödde, Ein Fall von Ovariotomie kompliziert mit Parotitis und psychischer Erkrankung. Inaugural-Dissertation. Münster 1887.

9) Berth, Über Parotitis nach gynäkologischen Operationen. Inauguraldissertation. Greifswald 1886.

10) Fehling, Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Stuttgart 1883.

11) Ahlfeld, Berichte und Arbeiten aus der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik zu Marburg 1885/86.

12) Ohlshausen, Krankheiten der Ovarien im Handbuch der Frauenkrankheiten von Billroth und Lücke. 2. Auflage. Band II. Stuttgart 1886.

13) Schröder, Über Entzündung der Ohrspeicheldrüse nach Ovariotomie. Inauguraldissertation. Greifswald 1885.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. v. Säxinger zu bitten, für die gütige Überlassung dieses Falles meinen verbindlichen Dank entgegennehmen zu wollen.